

## Sự Đồng Ý Đưa Ra Tài Liệu

River Drive Clinic 500 West River Drive Davenport, Iowa 52801 563-336-3000 – Phone 563-336-3125 – Fax	Dental Clinic 125 Scott Street Davenport, Iowa 52801 563-336-3221 – Phone 563-336-3229 – Fax	Moline Clinic 1106 4 <sup>th</sup> Avenue Moline, IL 61265 563-327-2000 – Phone 563-327-2045 – Fax	Rock Island Clinic 2750 11 <sup>th</sup> Street Rock Island, IL 61201 563-327-2100 – Phone 563-327-2102 – Fax	Regional Virology Clinic 1351 W. Central Park Suite 360 Davenport, Iowa 52804 563-421-4244 – Phone 563-421-4285- Fax
---	--	--	---	---

**Họ Tên của Bệnh Nhân** \_\_\_\_\_  
**Tháng, Ngày, Năm sinh** \_\_\_\_\_

**Chart #** \_\_\_\_\_

**Tài liệu cần đưa ra từ:**

Tên /Cơ quan \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố/Tiểu bang/Zip \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Gửi tài liệu đến:**

Tên/Cơ quan: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố/tiểu bang/Zip \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Tài liệu cần:**

- Chích ngừa (Immunizations)  Báo cáo bệnh lý (Progress Reports)  Báo cáo về thử nghiệm (Lab Reports)  Báo cáo về X-ray (Radiology Reports/X-ray)  Bác sĩ tư vấn/giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa (Consult/Referrals)  Báo cáo ở phòng cấp cứu/ bệnh viện (ER/Hospital) Khác (other)

Tôi hiểu rằng các hồ sơ được tiết lộ sẽ bao gồm các thông tin nhạy cảm như STD'S, thông tin về sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất (ma túy / rượu), HIV / AIDS, xét nghiệm di truyền, và các bệnh lây nhiễm, **trừ khi đánh dấu cụ thể các phần cần để loại trừ.**

- Bệnh truyền nhiễm về tình dục (STD's)  Bệnh tâm thần (Mental Health)  Căn bản về nghiện thuốc hoặc rượu (Substance (Drug or Alcohol)  Tài liệu về HIV/Aids (HIV/Aids)  Bệnh di truyền (Genetic Testing)  Bệnh truyền nhiễm (Infectious disease)

**Đòi hỏi các tài liệu này để:**

- chuyên hồ sơ đến bệnh xá khác  Giữ bản sao cho bản thân họ  Bác sĩ tư vấn /giới thiệu đến chuyên khoa

Không vừa lòng với bệnh xá, vui lòng nói rõ \_\_\_\_\_

Giấy cho phép này có hiệu lực 60 ngày kể từ ngày ký giấy. Tôi hiểu rằng tôi có quyền thu hồi giấy cho phép này bằng cách viết giấy huỷ bỏ bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng việc thu hồi giấy cho phép không ảnh hưởng đến phạm vi của Community Health Care, Inc., họ phải dựa vào đó để bảo vệ tài liệu y tế của quý vị. Tôi hiểu rằng tài liệu được dùng và đưa ra bởi sự đồng ý của quý vị có thể được chia sẻ bởi người nhận và không còn được bảo vệ cần mật bởi luật của liên bang hoặc tiểu bang. Community Health Care, Inc. sẽ không ghi tên vào các chương trình y tế hoặc chọn quyền lợi y tế (nếu có thể) mặc dù tôi cho phép. Tôi hiểu rằng tôi có quyền kiểm tra hoặc đòi bản sao về tài liệu bệnh lý mà sẽ dùng hoặc đưa ra dưới sự chấp thuận của tôi qua luật của liên bang hoặc tiểu bang và tôi có quyền từ chối không ký giấy này.

**Chữ Ký của bệnh nhân:** \_\_\_\_\_ **Tháng/ngày/năm:** \_\_\_\_\_

**Chữ ký của người đại diện:** \_\_\_\_\_ **Tháng/ngày/năm** \_\_\_\_\_

**Cho phép đại diện cá nhân:**  Phụ huynh  Người giám hộ  Đại diện của luật sư  Đại diện uỷ quyền